

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Бизунков А.Б., Медведев М.Н.

*УО «Витебские государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. В последние годы установлено, что глоточная миндалина играет роль регионального центра по обеспечению иммунного ответа слизистых оболочек полости носа и околоносовых пазух [1, 3]. Это вызывает необходимость уточнения показаний к аденотомии.

Цель работы: сопоставить отдаленные клинические результаты аденотомии с морфологическими изменениями удаляемой глоточной миндалины и предложить коррекцию показаний к операции.

Материал и методы. Работа состояла из двух этапов. На первом этапе нами было обследовано 657 студентов ВГМУ, проходивших ежегодный профилактический осмотр (сентябрь 2006 года). Из числа обследуемых было отобрано 36 человек, которые перенесли аденотомию в возрасте от 4-х до 10-ти лет. Из них 5 человек перенесли ее дважды. Показанием для аденотомии служило стойкое затруднение носового дыхания и частые эпизоды острых респираторных вирусных инфекций. Средний возраст обследуемых $18,5 \pm 1,5$ года, женщин было 25, мужчин – 11. На момент осмотра давность аденотомии составила от 8 до 14 лет. На втором этапе работы нами была сделана случайная выборка из числа детей, оперированных в ЛОР-детском отделении ВОКБ по поводу гиперплазии глоточной миндалины в 2005-2006 годах. Было отобрано 34 ребенка в возрасте от 3 до 15 лет, средний возраст $5,2 \pm 2,2$ лет, мальчиков было 19, девочек – 15. Показанием к операции служило стойкое затруднение носового дыхания, сочетающееся с частыми простудными заболеваниями (более 6 раз в календарном году). Увеличение глоточной миндалины было диагностировано при помощи пальцевого исследования. Аденотомия выполнялась по традиционной методике. Операционный материал (удаленные фрагменты аденоидной ткани) был подвергнут гистологическому

исследованию. Гистологические препараты окрашивались гематоксилин-эозином по общепринятой методике.

Результаты и обсуждение. Только 10 (27,7 %) человек из 36, перенесших аденотомию, считали свое носовое дыхание удовлетворительным, в то же время 26 полагали, что улучшение носового дыхания, связанное с произведенной операцией, было кратковременным и на момент осмотра расценивали его как затрудненное. Основной жалобой была заложенность носа, преимущественно в горизонтальном положении, «состояние постоянной простуженности», быстрая подверженность острым риносинуситам при переохлаждении, физической и психологической перегрузке (сдача экзаменов), при контакте с людьми, страдающими ОРВИ.

При передней риноскопии было обнаружено, что у пациентов с проблемным носовым дыханием слизистая оболочка полости носа представляется умеренно отечной, у 14 человек розового цвета, у 22 – отмечался признак Воячека. Все обследуемые указывали на то, что применение интраназальных сосудосуживающих препаратов способствует улучшению носового дыхания, что свидетельствовало об отсутствии признаков истинной гипертрофии слизистой оболочки полости носа. Оказалось, что отобранные в ходе случайной выборки аденотомированные пациенты удовлетворены носовым дыханием в отдаленные сроки после операции только в 27,7 % наблюдений.

Гистологическое исследование показало, что изменения в глоточной миндалине имели место как в поверхностном эпителии, так и в лимфоидной ткани. В 26 случаях из 34 (76,5 %) наблюдалась метаплазия поверхностного многоядного мерцательного эпителия в многослойный плоский неороговевающий, в трех случаях (8,8 %) имела место бокаловидно-клеточная гиперплазия. В 18 случаях (52,9 % от исследованных биопсий) выявлялась лимфоцитарная инфильтрация эпителиального пласта, что является признаком лимфо-эпителиального симбиоза; в 7 случаях (20,6 %) отмечалась инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами – признак воспалительного процесса.

В лимфоидной ткани наблюдалась гиперплазия как лимфатических фолликулов, так и межфолликулярной лимфоидной ткани. При этом, в 23 наблюдениях (67,6 %) преобладала гиперплазия лимфатических фолликулов, а в 11 случаях (32,4 %) – гиперплазия межфолликулярной лимфоидной ткани с увеличением числа посткапиллярных венул. Следует отметить, что размеры лимфатических фолликулов варьировали (от мелких фолликулов до

крупных фолликулов с множеством макрофагов). У 26 больных в глоточной миндалине выявлены склеротические изменения, преобладающие в случаях, когда отмечалась гиперплазия межфолликулярной лимфоидной ткани.

Гистологическое исследование показало, что изменения, наблюдаемые в гиперплазированной глоточной миндалине являются преимущественно следствием иммунореактивных процессов. Только в небольшой части случаев (20,6 %) имеет место воспалительный процесс, обусловленный и поддерживаемый, по-видимому, имеющейся бактериальной обсемененностью поверхности миндалины.

Сопоставив полученные данные можно убедиться, что количество удовлетворительных результатов аденотомии в отдаленном периоде приблизительно соответствует количеству выраженных воспалительных изменений в удаляемой ткани гиперплазированных глоточных миндалин. Есть основания предполагать, что наличие стойкого и длительного хронического воспаления в глоточной миндалине является фактором, обуславливающим благоприятный прогноз тотальной аденотомии в плане сохранения удовлетворительного носового дыхания у оперированного ребенка. Нам представляется, что по мере развития хронического воспалительного процесса глоточная миндалина теряет свою роль главного организатора местного иммунного ответа на слизистую оболочку полости носа и околоносовых пазух. Потеря миндалиной этой функции постепенно компенсируется за счет активизации пулов иммунокомпетентных клеток, продуцируемых диффузной лимфоидной тканью ассоциированной со слизистой оболочкой верхних дыхательных путей.

При отсутствии хронического воспаления в глоточной миндалине, что мы наблюдаем в подавляющем большинстве случаев аденотомии, ампутации фактически подвергается активно работающий жизнеспособный орган. Наши данные подтверждают высказываемое отдельными исследователями мнение, что гиперплазия глоточной миндалины это способ компенсировать дефицит ее иммунных функций [2]. В результате слизистая оболочка носовой полости и полостей околоносовых пазух в значительной степени теряет свои иммунопротективные свойства, что проявляется состоянием хронического воспаления, постоянного отека и неудовлетворенности носовым дыханием.

Заключение. Важно отметить, что непосредственно саму гипертрофию глоточной миндалины нельзя рассматривать как

показание к аденотомии. Классическую аденотомию целесообразно выполнять только при наличии хронического воспаления глоточной миндалины, некорректируемого методами медикаментозного, гомеопатического лечения и фитотерапии. В условиях осложненной гиперплазии без воспаления наиболее обоснованными представляются методы щадящей избирательной резекции глоточной миндалины, в частности, с использованием шейверной технологии под эндоскопическим контролем.

Литература:

1. Antibody production directed against pneumococci by immunocytes in the adenoid surface secretion / M. Ivarsson [et al.] // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2004. – Vol. 68, N 5. – P. 537-543.
2. Brandtzaeg, P. Immunology and immunopathology of tonsils / P. Brandtzaeg // Adv. Otorhinolaryngol. (Basel). – 1992. – Vol 47. – P. 64-75.
3. Lymphocyte subpopulations in the surface secretion on the adenoid / I. Debkowski [et al.] // Otolaryngol Pol. – 2005. – N 59. – S. 63-69.